

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1909-1910 — N° 75.

CONSIDÉRATIONS SUR LES RAPPORTS
DU
PALUDISME ET DE LA TUBERCULOSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 mai 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean VIALLET

Interne des Hôpitaux

Préparateur d'anatomie pathologique à la Faculté d'Alger

Né à Saint-Robert, le 12 février 1883



MALOINE, ÉDITEUR

LYON

Rue de la Charité, 6

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 25

1910

CONSIDÉRATIONS SUR LES RAPPORTS
DU
PALUDISME ET DE LA TUBERCULOSE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1909-1910 — N° 75.

CONSIDÉRATIONS SUR LES RAPPORTS

DU

PALUDISME ET DE LA TUBERCULOSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 mai 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean VIALLET

Interne des Hôpitaux

Préparateur d'anatomie pathologique à la Faculté d'Alger

Né à Saint-Robert, le 12 février 1883



MALOINE, ÉDITEUR

LYON

Rue de la Charité, 6

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 23

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
COURMONT (J.) ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, CAZENEUVE, SOULIER, TRIPIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		TEISSIER.
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale		PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique		CLUZET.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie		BEAUVISAGE.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire		ROQUE.
Médecine expérimentale et comparée		COLLET.
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC.	REGAUD.	J. LEPINE.	NOGIER.
COURMONT (P.)	COMMANDEUR.	LESIEUR.	LATARJET, ch...
CHATIN.	GAYET.	MARTIN (Et.).	BÉRIEL, ch...
VILLARD.	NEVEU-LEMAIRE.	LAROYENNE.	BRETIN, ch...
TIXIER.	PATEL.	VORON.	THEVENOT, ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. FABRE, Président; M. WEILL, Assesseur;
MM. LANNOIS et NEVEU-LEMAIRE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MON GRAND-PÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A mon Président de thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR FABRE

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Lyon.

A mon maître et ami :

LE DOCTEUR L. DUMOLARD

Médecin des hôpitaux d'Alger.

A mon maître :

MONSIEUR LE DOCTEUR SCHERB

Professeur suppléant à la Faculté.

Médecin des hôpitaux d'Alger.

A mon maître :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CANGE

Professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine d'Alger.

A mon maître :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOUIN

Professeur d'Histologie à la Faculté de médecine de Nancy.

A la mémoire de :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAILLETON

Chirurgien-major de l'Antiquaille.

MONSIEUR LE PROFESSEUR PLANTEAU

Professeur d'histologie à l'Ecole de médecine d'Alger.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, nous ne pouvons nous empêcher de jeter un coup d'œil en arrière et de regretter les belles années que nous venons de passer à l'hôpital et à la Faculté.

Mais nous songeons surtout avec tristesse aux absents que le destin a frappés et qui eussent été si heureux d'assister au couronnement de nos études ; nous tenons à adresser à notre père et à notre grand-père un souvenir ému, faible témoignage de la piété que nous gardons à leur mémoire et des regrets qu'ils nous ont laissés.

Que notre mère, qui, demeurée veuve de bonne heure, trouva dans son amour pour ses enfants la force de surmonter son immense chagrin, et nous prodigua sans compter sa tendresse ; que notre grand'mère, auprès de qui notre enfance s'est écoulée si heureuse, grâce à son indulgence et à sa bonté infinies ;

Que notre sœur chérie, qui fut toujours pour nous la meilleure des amies, soient assurées de notre profonde reconnaissance et de notre inaltérable affection.

Au cours de nos études, nous avons eu d'excellents maîtres, à qui nous sommes redevable du peu que nous savons. Nous tenons à remercier MM. les professeurs : Bouin, Cabanes, Curtillet, Cange, Denis, Goannard, Lia-

ras, Scherb, Vincent, dont nous avons été l'externe ou l'interne.

A Lyon, M. le professeur Fabre nous a admis spécialement dans son service d'accouchements, et nous avons pu, auprès de lui, perfectionner nos connaissances obstétricales ; nous lui garderons toujours une profonde gratitude de la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner et de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous tenons à assurer de notre inébranlable amitié M. le D^r L. Dumolard, qui nous a inspiré notre thèse, et dont les conseils nous ont été souvent précieux, et notre ami d'enfance et compagnon d'études, le D^r C. Viallet.

Nous remercions chaleureusement les D^{rs} Bernasconi, Lemaire, J. Dumolard, Ferrari, Sicard, auprès de qui nous avons trouvé un si cordial accueil à notre arrivée à Alger, et qui furent toujours pour nous d'excellents amis. Que nos camarades d'internat : Lévy, Aboulcker, Bascoul, Pélat, Karoubi, Solacroup, R. Vial, reçoivent un affectueux témoignage de sympathie, en souvenir des joyeux moments que nous avons passés ensemble, durant nos gardes à l'internat.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

C'est Boudin qui soulève, dans la première moitié du xix^e siècle (1846), un débat sur cette question. Dans son *Traité des fièvres intermittentes*, a dans un article publié dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, et intitulé *Influence des localités marécageuses sur la fréquence et la marche de la phtisie*, il nie la coexistence possible de la fièvre paludéenne et de la tuberculose, et soutient que ces deux affections se confèrent une immunité réciproque.

Il fut suivi dans cette voie par beaucoup d'auteurs, qui, comme lui, fondaient leur opinion sur le peu de cas de tuberculose observés dans les pays à malaria. Barth, Hahn, Tribe, Nepple, Chassinat, Mitcheer, Broussais, se rangèrent à son avis.

De Brun, en 1888, soutint encore cette opinion, Laveran, lui-même, observa peu de paludéens durant son séjour à l'hôpital de Constantine.

Mais les idées de Boudin rencontrèrent de nombreux adversaires.

Olivier, Lefèvre, Vigouroux, Laure, Schnep, Boyron, Bézoguet, Potain, Hanot, G. Sée, Grancher et Hutinel, etc., furent les principaux.

Gillot a montré la progression de la tuberculose en Algérie. Il est certain qu'à mesure que le contact entre Européens et indigènes devient plus tendu, la tuberculose envahit parallèlement ces derniers, par eux-mêmes peu exposés à la contagion.

Pour nous, nous estimons que la coexistence du paludisme et de la tuberculose est un fait banal. Nous l'avons constaté très fréquemment à l'hôpital. Nous n'avons pas de statistique personnelle à ce sujet, mais à l'appui de notre opinion, nous citerons une statistique de M. le professeur Crespin, qui a trouvé dans son service 72 fois le paludisme dans les antécédents de 100 tuberculeux.

Mais il n'est pas étonnant que dans un pays palustre où paludéens et tuberculeux abondent, deux affections existent chez le même individu, cette coexistence ne prouve pas, à priori, que ces deux affections soient favorables au développement l'une de l'autre.

Il y a tant de tuberculeux et tant de paludéens en pays palustre, que les deux affections peuvent coïncider assez souvent, sans qu'on en puisse rien conclure au point de vue de l'action réciproque des deux maladies.

Cette conclusion, nous l'apportons, en prouvant par nos observations que le paludisme est un facteur étiologique important de tuberculose et que les deux affections peuvent s'associer, c'est-à-dire évoluer simultanément.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Tuberculose pulmonaire compliquée par moments d'infection paludéenne.

Le nommé B..., âgé de 43 ans, entre le 20 février à l'hôpital de Mustapha, salle Pasteur, lit n° 40, dans le service du docteur Dumolard, suppléant M. le professeur Soulie.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : il est né à sept mois. Dans sa première enfance, il a eu la rougeole ; il est resté délicat, s'enrhumant facilement.

A 9 ans, il contracte le paludisme à Bône. Ces fièvres ont duré un an, accès quotidiens, quelques rares périodes de répit.

A 15 ans, bronchite (?) avec hémoptysies. Depuis, il est resté un toussEUR maladif. A 16 ans, deuxième atteinte de paludisme, à Souk-Ahras. Forme tierce. Depuis cette époque, il a été sujet à des attaques de paludisme espacées, entremêlées de poussées de toux et d'hémoptysies, accompagnées d'un affaiblissement progressif de l'état général. En somme, depuis l'âge de 16 ans, la malade a présenté un tableau clinique complet de tuberculose pulmonaire, compliquée par moments d'infection paludéenne.

A 22 ans, le malade contracte la variole.

Le malade entre une première fois à l'hôpital de Mustapha le 16 mai 1908, parce qu'il tousse et qu'il est à bout de force. Il ne peut plus exercer son métier de charpentier, et sa faiblesse est telle, qu'il ne peut plus se tenir debout.

Il est très amaigri, a perdu complètement l'appétit. Il est sujet à des sueurs profuses la nuit.

L'examen de ses organes montre que la rate est perceptible.

Les deux sommets du poumon sont pris ; matité, résistance au doigt. Augmentation des vibrations, pectoriloque aphone, égophonie. Respiration rude et saccadée, expiration soufflante.

L'auscultation fait entendre des craquements humides, et peut-être aussi quelques frottements.

La recherche du bacille de Koch est négative, mais la cuti-réaction et l'intradermoréaction sont positives.

Le malade reste ainsi en traitement jusqu'au mois de décembre 1908, et il sort à cette époque, amélioré par le traitement général et le repos. Durant toute cette période, sa courbe est la courbe normale d'un tuberculeux et il n'a pas d'accès de paludisme ; on ne lui a pas donné de quinine. B... reprend alors son métier, mais le léger mieux qui s'était manifesté ne persiste pas, il s'obstine néanmoins à travailler, bien que sa toux soit devenue plus accentuée que jamais, et qu'il commence à cracher beaucoup.

Vers le milieu de février, B... se met à cracher un peu de sang, et, le 28 février 1909, il se décide à entrer salle Pasteur.

Sa courbe, à ce moment, montre des clochées le soir, oscillant entre 38 et 39°, avec rémission le matin. Pas d'accès de fièvre. L'examen de ses poumons, à ce moment, montre des signes de ramollissement et de fonte des deux sommets. Au bout de quelques jours de repos, la température diminue légèrement.

B... est soumis au traitement général de la tuberculose.

On essaye, chez lui, l'atoxyl, l'hémoplasé. Mais, au bout de quelque temps, on ajoute à ce traitement, de la quinine, et

le malade accuse un mieux plus rapide ; bien que la fièvre persiste toujours de quelques dixièmes de degré le soir au bout d'un mois et demi de ce traitement mixte, pourrait-on dire, B..., non guéri, mais se sentant plus fort, quitte de nouveau l'hôpital.

OBSERVATION II

Tuberculeuse ayant contracté le paludisme. Amélioration de l'état général par la quinine.

La nommée V... entre le 16 août 1908, à l'hôpital de Mustapha, salle Bouillaud, lit n° 42, dans le service du docteur Dumolard, suppléant M. le docteur Crespin.

Rien dans ses antécédents héréditaires.

Ses antécédents personnels sont, par contre, très chargés.

Réglée à 11 ans, très irrégulièrement depuis ; à 18 ans, elle est restée vingt jours allitée ; il semble qu'elle ait fait une pleurésie à cette époque.

Mariée à 23 ans.

A 24 ans, fausse couche de huit mois.

A 25 ans, fausse couche de six mois.

A 26 ans, fausse couche de six mois.

A 27 ans, fausse couche de cinq mois.

A 28 ans, fausse couche de quarante jours.

A 30 ans, fausse couche de trois mois.

A ce moment, elle va consulter un médecin qui lui prescrit du sirop de Gibert.

La malade accouche alors à terme d'un enfant qui s'est toujours bien porté. Vingt-six mois après, nouvel enfant bien portant. Trente-sept mois après, c'est-à-dire il y a environ trois ans, nouvel enfant également bien portant. Il y a quatre mois, M^{me} V..., qui s'était toujours enrhumée très facilement, commença à maigrir, à tousser beaucoup, mais à ce moment elle ne crachait pas, et ce n'est qu'au bout de deux mois que l'expectoration commença.

Il y a un mois et demi, accès de fièvre avec frissons, chaleur, sueurs. La fièvre se répète quotidiennement pendant quinze jours et survient entre 3 et 4 heures de l'après-midi. La malade prit alors de la quinine et passe neuf jours d'apyrexie.

Puis, pendant trois jours, nouveaux accès quotidiens.

Depuis, plus d'accès, mais la température s'élève le soir à 38 ou 39°.

Son état général est très mauvais.

La rate est grosse.

Rien au foie, ni au cœur.

Poumons : sommet droit : en avant : matité, V + R — quelques craquements et frottements ; en arrière : V +

Sommet gauche : en avant : quelques craquements, respiration supplémentaire ; en arrière : matité, V + R — ; expiration soufflante, inspiration diminuée, retentissement de la voix, craquements.

L'examen des crachats montre la présence de bacilles de Koch.

L'examen radioscopique indique une obscurité dans la moitié supérieure du poumon gauche et du sommet droit.

Pendant le mois que la malade passe à l'hôpital, les signes pulmonaires varient peu.

L'évolution de la température chez cette malade nous a semblé très intéressante.

En effet, durant les trois ou quatre premiers jours de son hospitalisation, la malade oscille entre 38 et 39°. Bien que l'examen de son sang n'est pas révélé la présence d'hématozoaires, cette hyperthermie semble imputable à son infection malarique.

Mais, dans les jours qui suivent, il semble bien que seule la tuberculose intervienne dans les petites poussées fébriles qui surviennent tous les soirs vers 6 heures, sans dépasser 37°5 de température axillaire.

Néanmoins, on continue la quinine qui ne semble pas agir en influençant la fièvre, mais en favorisant l'action du traite-

ment général que l'on continue pour combattre la bacillose.

De fait, durant les jours qui suivent, la malade recouvre peu à peu ses forces et engraisse légèrement. Elle sort au bout d'un mois, bien améliorée au point de vue général, légèrement engraisée. La toux et l'expectoration ont diminué.

OBSERVATION III

Tuberculose consécutive à du paludisme d'invasion.

Le nommé A... J., entre le 20 avril 1909, salle Pasteur, dans le service du docteur Dumolard, suppléant le docteur Soulie.

Pas d'antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels, on ne relève aucune maladie et en particulier par de maladie vénérienne, avant les cinq dernières années.

La première maladie qu'ait faite A... est une atteinte de paludisme, il y a cinq ans. Les accès de fièvre présentaient le type tierce et revenaient régulièrement à la même heure ; la fièvre persista pendant cinq mois.

A partir de ce moment, le malade se mit à tousser et à cracher.

Chaque été, il fut pris de paludisme pendant quatre ou cinq mois ; il remarqua que, bien qu'il toussât et expectorât à peu près toute l'année, c'était cependant en été que ces symptômes présentaient leur maximum.

Peu à peu, il maigrit et perdit ses forces, pourtant l'appétit est conservé. Légère transpiration nocturne. Jamais d'hémoptysie.

Aussi, le 31 août 1908, A... se décida à entrer à l'hôpital civil de Mustapha, salle Pasteur, pour accès de paludisme accompagnés, comme d'habitude, de phénomènes pulmonaires.

L'auscultation, à ce moment, révéla une induration du sommet droit. La pointe de la rate est perceptible. L'examen des

crachats, pratiqué le 2 septembre par M. Viguiér, externe du service, montra la présence du bacille de Koch.

Le malade quitte le service au bout de huit jours pour des raisons personnelles.

OBSERVATION IV

Tuberculose consécutive à du paludisme d'invasion.

Le nommé R... J., âgé de 24 ans, entre, le 9 juin 1909, à l'hôpital de Mustapha, dans le service de M. le docteur Batarel, salle Laënnec, lit n° 42.

Son père et sa mère sont bien portants. Il a un frère et deux sœurs également bien portants.

La seule maladie qu'il signale dans ses antécédents personnels est le typhus qu'il a contracté à l'âge de 14 ans. Il s'en était d'ailleurs bien remis et il jouissait d'une bonne santé, lorsqu'il y a deux mois et demi il contracta le paludisme.

Il avait des accès quotidiens avec frissons, qui survenaient à 11 heures du matin. Il fut traité par des cachets de quinine, qui améliorèrent légèrement son état, mais ne le débarrassèrent pas complètement de sa fièvre et il maigrit rapidement.

Au bout de trois semaines, le malade, qui n'avait jamais toussé, se mit à tousser, surtout la nuit. Cet état persista ainsi et s'aggrava.

Il se décida alors à entrer à l'hôpital.

A son entrée, on note un état cachectique très prononcé. Le malade a, depuis quatre jours, des crachats hémoptoïques. Il a perdu complètement l'appétit et les forces.

L'examen des poumons montre :

Au sommet droit : matité, des craquements secs et quelques râles plus humides.

Légère submatité au sommet gauche.

La rate est grosse.

Le malade reste en traitement près de trois mois à Laënnec, où on le soigne pour son paludisme (accès intermittents) et sa bacillose. Au bout de ce temps, le malade sort sur la demande de sa famille.

Son état, au point de vue paludéen est amélioré. Il est à peu après débarrassé de ses fièvres.

Par contre, sa bacillose offre des signes de ramollissement au sommet droit.

Matité, râles sous-crépitaux, pectoriloquie aphonie.

Crachats purulents, jaunâtres ; l'examen bactériologique y révèle la présence du bacille de Koch.

OBSERVATION V

Tuberculose consécutive à du paludisme d'invasion.

Le nommé R... A. entre le 12 septembre 1909, salle Harwey, pour paludisme.

Dans ses antécédents héréditaires, rien à signaler.

Dans ses antécédents personnels, on relève :

A 22 ans, blennorrhagie.

Il a contracté le paludisme pour la première fois, dans les plaines de Chéeliffe, un an et demi avant son arrivée en Algérie, il y a six ans. Les accès revenaient tous les deux jours. Il guérit en quinze jours.

A partir de ce moment, le malade, qui avait toujours été robuste et bien portant, commença à maigrir et à perdre l'appétit.

Un an après sa première attaque de paludisme, pleurésie gauche, pour laquelle il reste deux mois à l'hôpital civil de Mustapha. Ponction de deux litres. Pointes de feu. Le malade se remet peu à peu.

Il y a un an, pneumonie gauche ; sort au bout de six semaines.

Le malade, remis de sa pneumonie, avait repris du poids, son état général était bon, lorsque, le 7 septembre, il contracte un nouvel accès de fièvre à Maison-Carrée.

Il entre à l'hôpital de Mustapha où il reste en traitement un mois. On trouve l'hématozoaire dans son sang.

A ce moment, il recommence à tousser ; il se met à cracher. Son état général devient très mauvais, il est cachectique. L'auscultation du sommet gauche montre des signes de bacilllose ouverte.

Bacilles de Koch dans les crachats.

Le malade sort, guéri de son paludisme.

OBSERVATION VI

Paludisme d'invasion grave. Bacilllose non ouverte.

Le nommé R... M., 42 ans, Espagnol, domicilié à Alger, entre, le 16 septembre 1909, à l'hôpital de Mustapha, salle Pasteur, lit n° 45, dans le service du docteur Dumolard, suppléant M. le professeur Soulie.

Pas d'antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels : bronchite à 18 ans. Blennorrhagie.

Dans la dernière semaine d'août, va à la Regafa, y travailler cinq jours, puis revient à Alger, où il reprend son travail de boulanger.

Jeudi dernier, 11 septembre 1909, il est pris de violents maux de tête, frissons, tremblements avec transpiration abondante. L'accès dure toute la nuit, accompagné de douleurs dans les membres et les articulations.

Le lendemain, le malade se réveille brisé. Tous les jours qui suivent, les accès se répètent régulièrement, survenant vers 4 ou 5 heures du soir, accompagnés de vomissements chaque fois que le malade essaie de l'alimentation.

Les douleurs persistent et sont exaspérées au moment des accès, au stade sueurs.

Les accès sont annoncés par des étourdissements, des vertiges, des céphalées.

Le malade se décide à entrer à l'hôpital ; constipation opiniâtre depuis quatre jours, cependant l'abdomen est souple, non douloureux et ne présente pas de météorisme.

La rate n'est pas douloureuse ; grosse à la percussion, elle n'est pas perceptible à la palpation.

Le foie est gros, pas douloureux.

Les poumons présentent aux deux sommets de la submatité et de la résistance au doigt ; les vibrations sont exagérées. Respiration granuleuse au sommet droit.

La radioscopie montre de l'obscurité des sommets. Il ne peut s'agir, en ce cas, de sclérose paludéenne, car l'invasion du paludisme remonte à quinze jours, et une sclérose ne se fait pas en quinze jours.

L'examen du sang montre de nombreuses formes en chapeaux, et de rares formes en croissants.

L'examen du liquide céphalo-rachidien montre une légère lymphocytose.

Le paludisme cède en cinq jours au traitement par la quinine à dose fractionnée.

Mais le malade est profondément anémié et après quinze jours le malade sort pour subir une longue convalescence.

OBSERVATION VII

Paludisme d'invasion grave. Revu deux ans après, bacillose.

Le nommé M... J. entre, le 3 septembre 1907, à la salle Pasteur, lit n° 46.

Malade depuis cinq jours. Souffre de la tête et des jambes ; arrive de Maison-Carrée.

Il est pris, l'après-midi, d'accès violents de fièvre avec frissons et transpiration abondante. Pas de troubles digestifs, ni d'épistaxis. Rate perceptible. Rien au cœur, ni aux poumons. Présence d'hématozoaires dans le sang.

L'après-midi du 4, le malade a 41° de fièvre. Etat général grave ; on lui administre 1,50 de chlorhydrate de quinine en injection. La fièvre tombe ; elle remonte les deux jours suivants à 38°. Nouvelles injections ; apyrexie de vingt-six jours.

Le 5 octobre, nouvel accès ; température 40°4.

Injections, ce jour-là et le lendemain, de 1,50 de quinine.

Le malade sort le 26 octobre, complètement apyrétique, mais anémié, sans avoir présenté d'élévation thermique durant dix-huit jours (fig. 1).

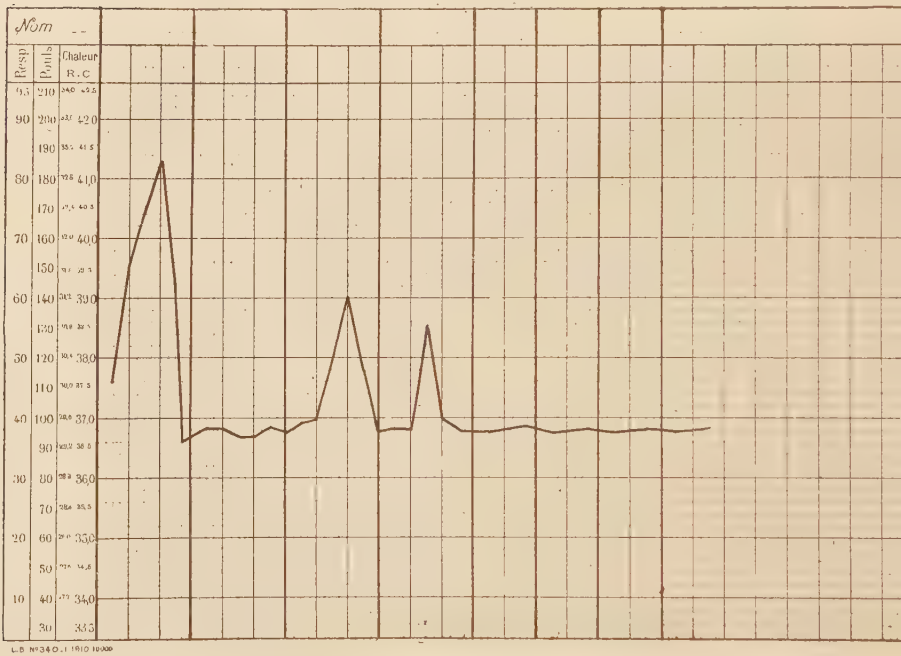


Fig. 1. — M... en 1907 : Attaque de Paludisme.

Le 3 décembre 1907, le malade rentre à l'hôpital, salle Broussais, parce que les accès de fièvre l'ont repris.

L'examen du sang montre des formes endoglobulaires et des croissants.

Rate perceptible.

Rien aux autres organes.

Il est mit aux injections de quinine. Sort guéri le 23 décembre.

Le 4 décembre 1909, le malade rentre à l'hôpital, dans le service du docteur Dumolard, suppléant M. le professeur Soulie, salle Pasteur, lit n° 2.

Il est malade depuis vingt jours : accès de fièvre violents

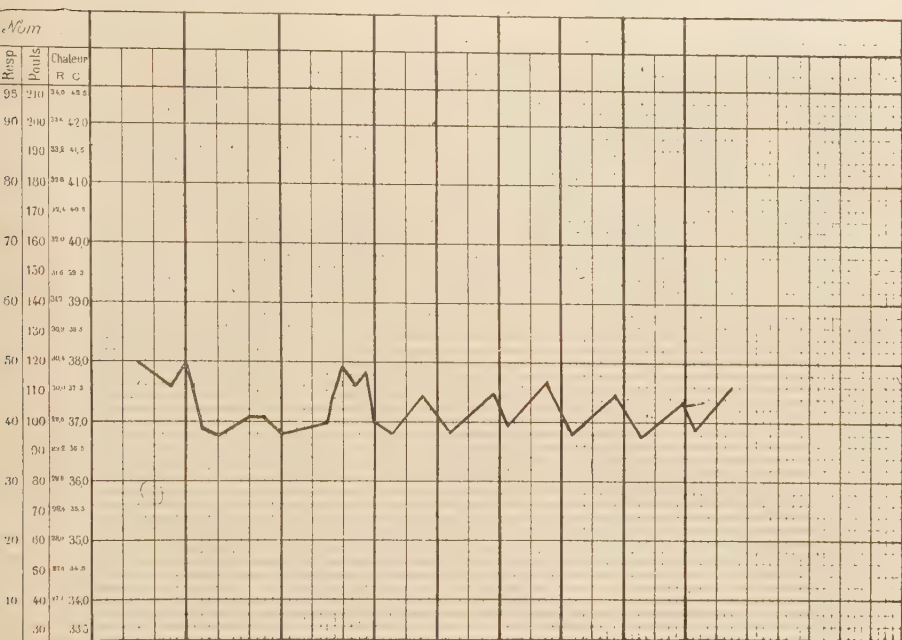


Fig. 2. — M... en 1909 : attaque de Paludisme.

tous les deux jours, annoncés deux ou trois heures auparavant par des douleurs dans les doigts et dans la main ; ces accès s'accompagnent de frissons, céphalée, transpiration.

En 1908, il n'a pas eu les fièvres.

Cette année, il s'est impaludé à Bordj-bou-Arréridj. Il se plaint d'une grande faiblesse, qu'il n'avait pas ressentie il y a deux ans, au cours de son paludisme. De plus, il transpire la nuit, il a perdu l'appétit et il tousse un peu.

L'examen du sang montre des formes d'hématozoaires en chatons.

Le malade reste un mois à l'hôpital. Il est soumis au traitement quinqué. Mais, cette fois-ci, la fièvre ne cède plus comme les autres fois à cette médication. Sans doute les grands accès sont supprimés, le malade se sent légèrement amélioré, mais il ne présente pas cette apyrexie complète qui succédait d'ordinaire à l'absorption de la médication. Il présente un peu de fièvre (f-2) le soir. Ses forces ne reviennent pas.

A ce moment, l'examen des poumons montre :

Sommet gauche : normal.

Sommet droit : en arrière : submatité, résistance au doigt, craquements secs ; l'examen radioscopique montre l'obscurcissement du sommet droit.

On trouve ainsi dans l'état du poumon la cause de la persistance de la fièvre et on explique par cette bacilliose au début l'inefficacité de la quinine contre l'hyperthermie.

OBSERVATION VIII

Tuberculose consécutive à du paludisme aggravée à plusieurs reprises par infection paludéenne.

La nommée B... A., âgée de 20 ans, célibataire, entre, le 16 septembre 1908, salle Bouillaud, dans le service du docteur Dumolard.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels, elle a eu la fièvre typhoïde à 16 ans.

Il y a trois mois, elle a contracté le paludisme à Teniet-El-Haad, et, depuis, elle a chaque année de petits accès qui, d'ailleurs, ne durent que quelques jours et cèdent rapidement à la quinine.

Elle est malade depuis trois jours. Le dimanche 13 septem-

bre, elle a été prise, le soir, d'un accès de fièvre avec vomissements, sans frissons, mais accompagné d'une transpiration abondante et diarrhée.

Les accès se sont répétés de la même façon les jours suivants ; la malade entre à l'hôpital.

Pas de température à son entrée (37°).

L'abdomen est douloureux, météorisé, sans défense bien

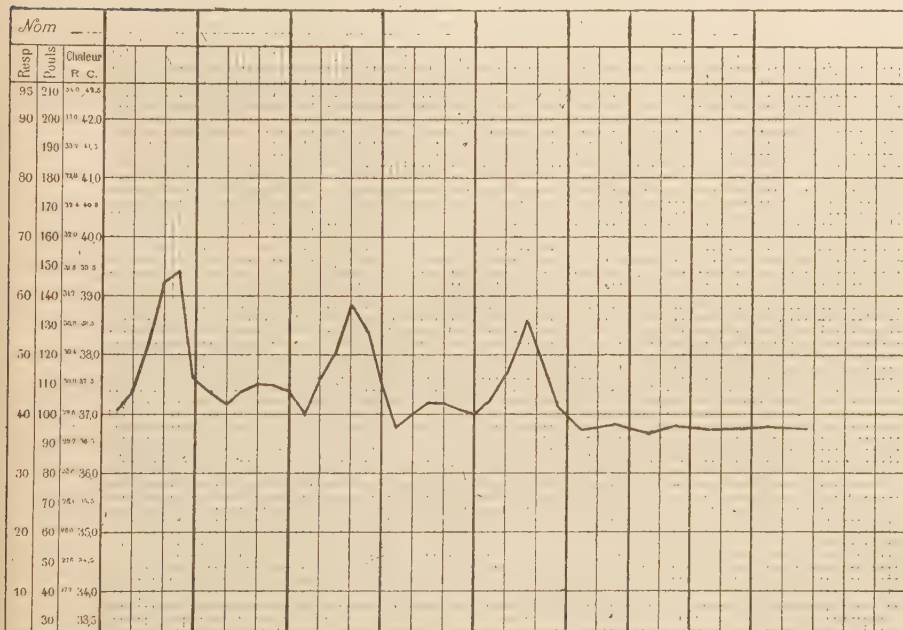


Fig. 3. — B... Antoinette en 1908. Paludisme.

nette. La douleur est surtout forte dans l'hypochondre droit, au niveau du foie ; la région de la rate est également douloureuse. Elle n'est pas perceptible à la palpation.

Teinte subictérique. Herpès labial.

Les poumons sont un peu submatés aux bases et présentent quelques râles fins à ce niveau.

Les jours suivants, la malade reprend la fièvre dans l'après-midi. Les vomissements et la diarrhée ont cessé.

Les séro-diagnostics pour l'Eberth et le meditensis sont négatifs. On ne trouve pas d'hématozoaires dans le sang.

Néanmoins, on met la malade au traitement par la quinine à doses fractionnées, et en quatre jours la fièvre est jugulée.

Au bout de six jours, nouveaux accès de fièvre, mais très légers, et qui cèdent à la quinine ; la température redevient absolument normale.

L'état général de la malade est mauvais ; au bout de dix-huit jours, elle sort améliorée, mais très anémiée encore.

L'année suivante, la malade entre de nouveau à l'hôpital, dans le service du docteur Dunolard, suppléant le docteur Scherb, salle Maillot.

Cette fois-ci, elle s'est décidée à venir à l'hôpital parce que, depuis sa sortie de l'année dernière, elle ne s'est jamais complètement remise.

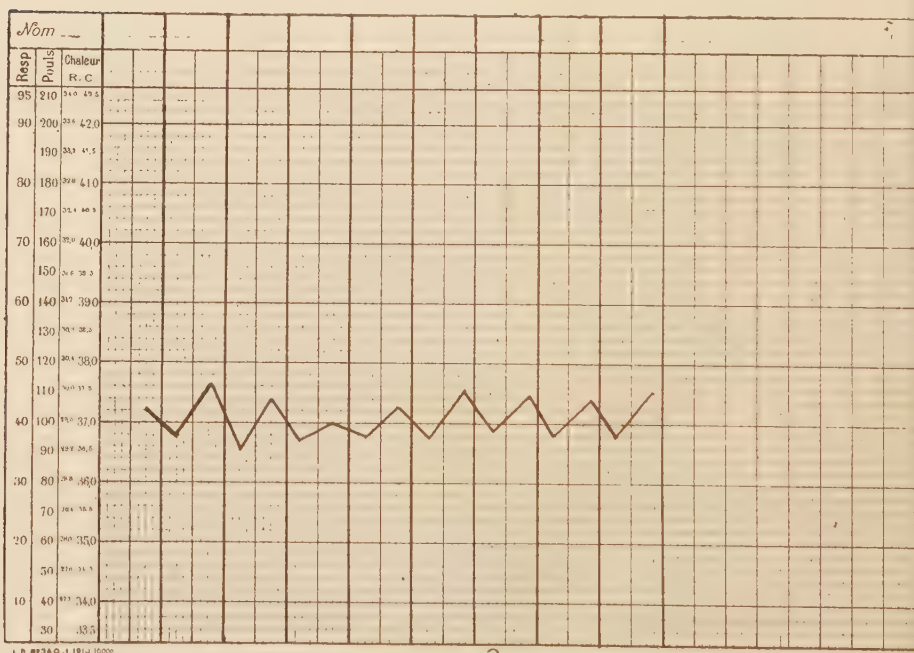


Fig. 4. — B... Antoinette en 1909, après paludisme.

Elle est toujours très anémique ; en outre, depuis deux mois, elle s'est mise à tousser, surtout la nuit. Elle crache un peu depuis quelques jours. Elle a des transpirations nocturnes abondantes ; elle a encore maigri beaucoup.

Enfin, il y a un mois, elle a eu un nouvel accès de fièvre ; depuis, elle n'a pu faire son travail, et son grand état de faiblesse l'a obligée à venir à l'hôpital.

L'examen des organes ne révèle rien de particulier, mais aux poumons on note :

A droite : une respiration granuleuse au sommet et un peu d'exagération des vibrations, dans la fosse sus-épineuse.

Au sommet gauche : de la matité, une respiration soufflante et un peu de pectoriloquie, des craquements secs et quelques râles humides.

L'examen radioscopique montre une ombre au sommet gauche.

La malade est mise au repos complet ; on institue un traitement général.

Elle présente une élévation thermique de quelques dixièmes le soir (37°5 de température axillaire).

Sous l'influence du repos et du traitement, son état s'améliore au bout d'un mois et l'élévation vespérale de la température disparaît. La malade sort sur sa demande.

OBSERVATION IX

Paludisme et bacillose non ouverte.

Le nommé S... J. entre, le 13 juillet 1909, dans le service du docteur Dumolard, remplaçant M. le docteur Soulie, salle Pasteur, lit n° 3.

Depuis cinq jours, accès de fièvre quotidiens avec des frissons, sueurs, vomissements. La température monte à 40°5 au moment des accès.

Il a contracté le paludisme pour la première fois il y a un

an. Depuis, il avait maigri et avait senti ses forces et son appétit diminués.

Réinfection ou récidue, il y a cinq jours.

Le malade est mis au traitement par la quinine à doses fractionnées par la méthode de Lemaire et Dumolard. Les accès sont conjurés et ne réparaissent plus.

Mais le malade présente, le soir, une petite élévation thermique ; elle ne cède pas à la quinine, bien que le malade se sentit amélioré au point de vue général par le traitement quinique. On cherche alors la raison de cette fièvre et on la trouve aux poumons ; les sommets montrent : exagération des vibrations, diminution de la respiration, craquements secs.

L'examen radioscopique montre les sommets obscurs.

Il ne peut s'agir, dans ce cas, de sclérose paludéenne du sommet, car elle n'expliquerait pas la fièvre.

Au bout d'un mois et demi, le malade sort amélioré. Il ne présente plus de petites poussées fébriles vespérales : elles ont cédé au traitement général et au repos.

Il s'agit bien là d'un tuberculeux latent chez qui le paludisme avait réveillè l'infection bacillaire.

OBSERVATION X

Paludisme d'invasion. Tuberculose cavitaire ayant débuté de suite après le paludisme et entraînant la mort en un an.

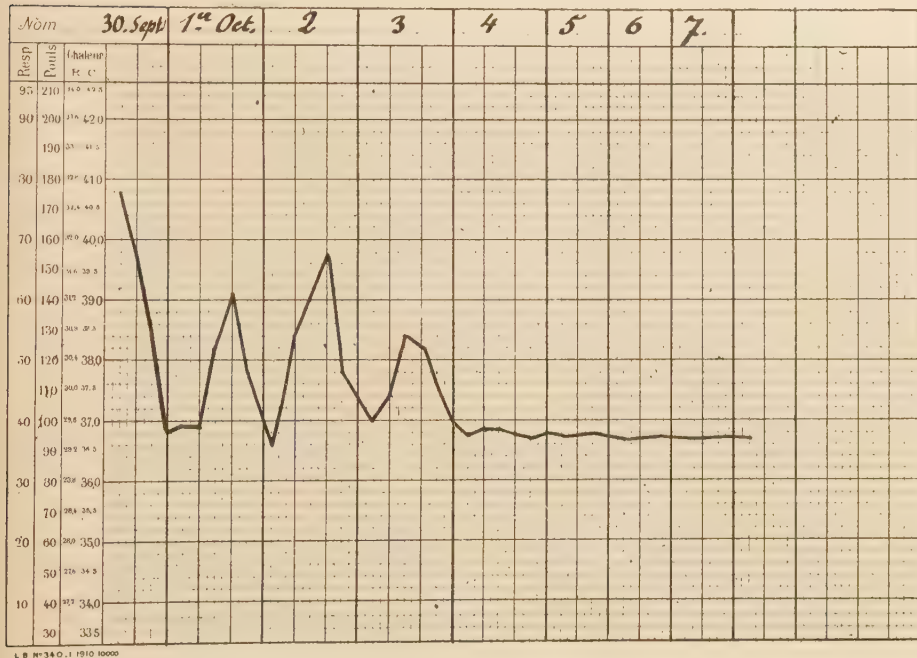
Le nommé Ouad-Adda, Arabe de 23 ans, entre, le 30 septembre, salle Broussais, dans le service du docteur Dumolard. Cet homme est d'une constitution robuste. On ne relève rien dans ses antécédents héréditaires.

Au point de vue de ses antécédents personnels, il a eu, à 11 ans, la variole et a perdu un œil à la suite de cette maladie.

Il est malade depuis dix jours. Il était à Sétif depuis quatre jours, arrivant de Bône, où il était resté un an et demi, lors-

que, brutalement, à 2 heures du soir, il est pris d'un violent mal de tête, avec sensation de chaleur localisée à la tête, en même temps apparut de l'œdème. Pas de frissons. Pas de sensation de fièvre. Il est obligé de se coucher, mais ne prend aucun médicament.

Quatre jours après, vers midi : frissons qui durent quatre



Courbe n° 5. — Ouad-Adda : Première atteinte de paludisme.

heures, puis chaleur et sueur ; vers 7 heures l'accès est terminé, mais les maux de tête persistent.

Durant seize jours, les accès se répètent quotidiennement entre 11 heures et midi ; peu à peu, l'œdème a envahi le malade et il entre à l'hôpital avec de l'anasarque le 30 septembre 1907.

A son entrée, l'état du malade est grave. Sa rate est perceptible. L'examen des urines montre 1 gramme d'albumine.

L'examen microscopique du sang révèle la présence d'hématozoaires, de la forme de la tierce bénigne (petite forme amiboïde pigmentée); bien que cliniquement la fièvre soit très grave.

On ne trouve absolument rien aux poumons.

A son entrée, le malade a 41° de fièvre. On le met au traitement par la quinine et on lui fait ce jour-là et les jours suivants trois injections de 0 gr. 50 de bichlorhydrate de quinine. Régime déchloruré.

Au bout de cinq jours, la fièvre est complètement tombée, et, pendant dix-huit jours, *l'apyrexie est complète*, le matin comme le soir (fig. courbe n° V).

Dans l'intervalle, le malade a présenté un léger ictère sous-conjonctival et les selles ont été pendant quelques jours couleur mastic, du 4 au 7 octobre.

Il a également eu, du 14 au 18 octobre, quelques vomissements, et des selles diarrhéiques et fétides. A ce moment, sa formule leucocytaire est :

G. R. : 4.800.000.

G. B. : 14.000.

Le 22 octobre, accès de fièvre avec frisson et transpiration abondante ; la température est de 38°5.

On trouve, dans le sang, quelques rares formes endoglobulaires.

Comme le malade tousse un peu, on ausculte son poulmon et l'on trouve un peu de congestion de la base droite avec quelques râles sous-crépitaux à ce niveau ; de plus, des râles fins de bronchite disséminés.

Du 22 au 27, on fait quotidiennement au malade trois injections de quinine de 0,50.

Le 25, l'ictère sous-conjonctival a augmenté, la température est montée à 40°2.

Le 26, les accès de fièvre sont supprimés.

Mais le 27 et les jours suivants, le malade, au lieu de présenter une courbe apyrétique, comme dans la période de dix-huit jours qui a suivi sa première infection, présente tous les

soirs une élévation de la température ; celle-ci, normale le matin, monte le soir à 38°. La quinine n'a sur elle aucune influence (courbe n° VI).

L'ictère s'est accentuée.

Le 30, l'auscultation des poumons montre :

Matité et craquements du sommet droit. Résistance au doigt, vibrations augmentées, quelques frottements.

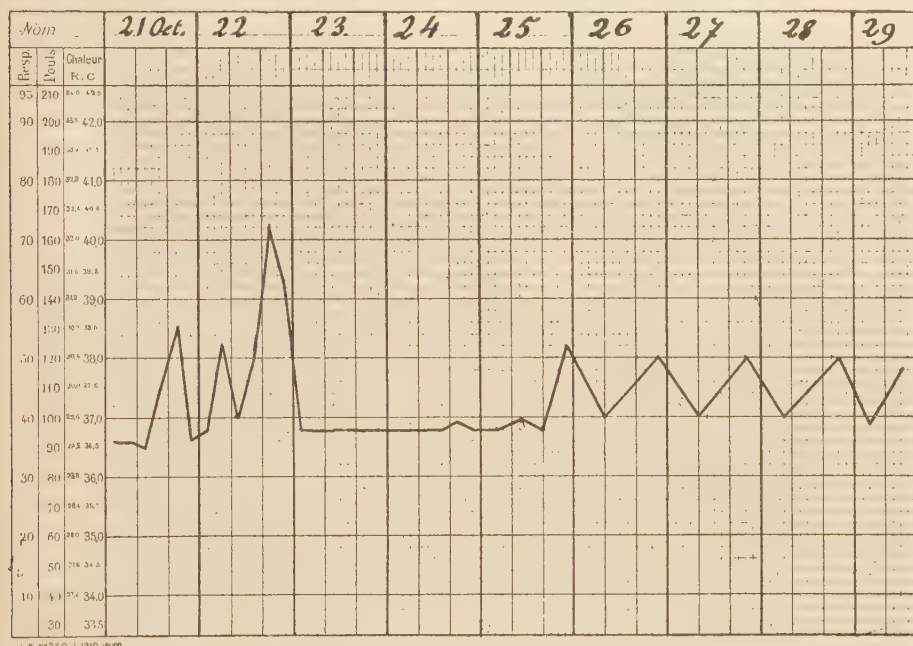


Fig. 6. — Ouad-Adda : Deuxième atteinte.

Au sommet gauche : submatité, quelques craquements secs apparaissent.

Le malade crache légèrement : on ne trouve pas de bacilles de Koch dans ses crachats.

Le 3 novembre, râles sous-crépitaux aux deux sommets.

Pityriasis.

Le 18 novembre, le malade se plaint d'un point douloureux au niveau du mamelon gauche.

20 novembre : séro-diagnostic à l'Eberth et au méditensis négatifs.

Le 25 novembre, à l'écran radioscopique, on aperçoit une ombre grise disséminée aux deux sommets, surtout à droite.

Le 2 décembre, l'auscultation des poumons varie peu, quelques frottements des deux côtés.

5 janvier : le malade se plaint de douleurs lombaires, surtout à gauche. Ces douleurs ne sont pas irradiées vers la cuisse, mais le malade boite.

Pas de troubles de la sensibilité à droite.

Quelques troubles du côté du sciatique gauche.

Réflexes achilléen diminué à gauche.

Névralgies intercostales du côté gauche.

On songe à une méningo-radiculite bacillaire.

8 janvier : l'examen électrique du malade donne :

A droite : réactions normales :

A gauche : légère diminution de l'excitabilité électrique dans le domaine crural.

10 janvier : ponction lombaire ; pas de lymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien.

Du 14 janvier au 15 février, le malade se sent mieux. Sous l'influence du traitement général institué contre la tuberculose, et aussi sous l'influence du repos, la fièvre vespérale a diminué et la température tend à devenir normale.

L'expectoration a bien diminué, les signes des poumons semblent s'amender.

A plusieurs reprises on a recherché le bacille de Koch, mais sans succès.

Le 15 février 1908, O.-A. est pris d'un violent accès de paludisme, dans l'après-midi ; les jours suivants, les accès se répètent à la même heure ; la température monte à 40°, 40°2 vers les 5 heures de l'après-midi. Ces accès sont annoncés par une douleur dans l'hypochondre gauche, dans l'épaule et au niveau de l'épine de l'omoplate, du même côté ; ils s'accompagnent de frissons avec tremblements très prononcés et de sueurs.

L'examen du sang montre des formes adultes et des formes en rosaces.

Le 27, la fièvre remonte à 41° (O.-A. prétend que c'est le plus fort accès qu'il ait ressenti).

Durant cette période, on administre de la quinine : trois injections par jour de 0,50. Mais la fièvre ne céda point.

Le 28, le traitement fut modifié ; la quinine fut administrée selon la méthode de Dumolard et Lemaire à doses fractionnées, et dans les heures qui précèdent le moment habituel de l'accès ; de 8 heures à midi, on administre 1,50 de quinine en six injections intra-musculaires. La fièvre paludéenne fut ainsi prévenue et ne reparut plus à partir de ce jour-là.

Voilà donc, au mois de mars, notre malade guéri de son paludisme. Cependant, son état général, qui s'était amélioré dans les semaines qui précédèrent ses derniers accès, devient de plus en plus mauvais. O.-A. se plaint d'une fatigue continuelle, il n'a pas d'appétit, il recommence à tousser et à cracher ; il dort peu et transpire la nuit.

En outre, la température remonte tous les soirs, comme elle l'avait fait après la deuxième atteinte de malaria (fig. VII).

Vers la fin mars, il se plaint d'une douleur articulaire au niveau du coude, on constate, en outre, une tumeur ovoïde à rénitence dans le membre inférieur gauche, au niveau du tendon du biceps.

On essaye, pour son coude, la méthode de Bier, au moyen de la bande de caoutchouc.

2 avril : le malade pèse 61 kilos 400.

Inoculation de ses crachats au cobaye ; on la trouva, dans la suite, positive.

4 avril : l'examen objectif du malade montre un amaigrissement généralisé, avec une atrophie musculaire marquée au niveau du creux sus-scapulaire droit.

Aux poumons : des deux côtés, on trouve aux sommets et en avant des frottements et des râles humides aux deux temps. Expiration prolongée sifflante ; sur toute la hauteur du poumon, quelques frottements.

En arrière, craquements secs au sommet droit.
 Au sommet gauche, signes de ramollissement.
 Foie normal.
 Rate grosse, dépasse d'un doigt les fausses côtes.
 Cœur normal.
 Pas de points phréniques nets.
 Tout le thorax est douloureux à la pression.

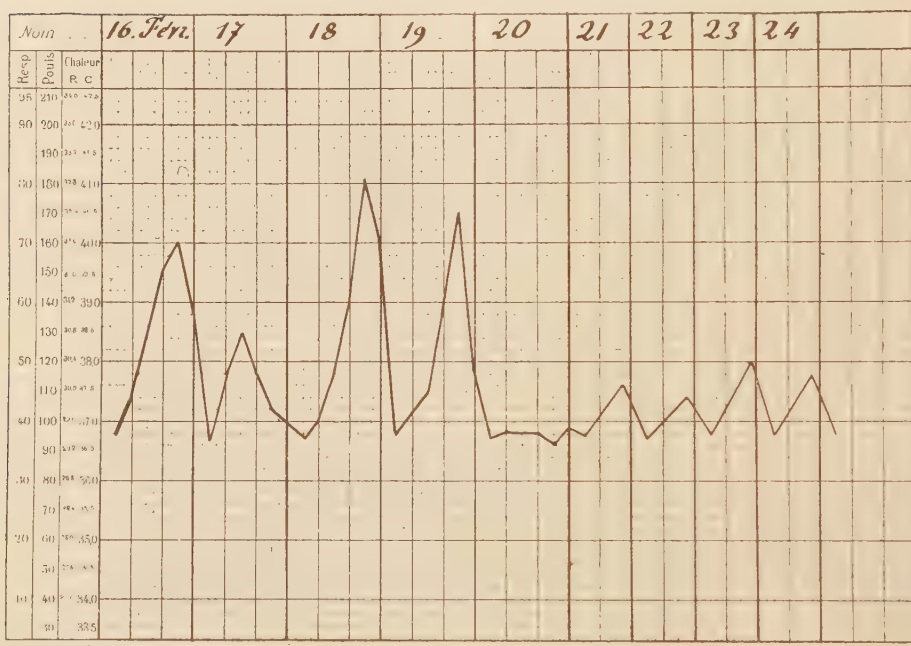


Fig. 7. — Ouad-Adda : Troisième atteinte.

Système nerveux : depuis quelques jours, le malade se plaint de douleurs sciatiques .

On constate, à droite : atrophie de la fesse ; abaissement du pli fessier. Douleur sciatique. Points sacré et trochantérien. Signe de Lasègue.

Des deux côtés, pression douloureuse des mollets. Pas de douleur à la pression du crural.

Les réflexes semblent diminués ; difficiles à chercher.

19 avril : sensations exagérées de chaud et de froid, au niveau des trois premiers orteils, à droite, avec violents picotements en ce point. Orteils hyperémiés. Peau tendue ; violente douleur à la pression. La face inférieure de ces trois orteils est le siège de troubles trophiques avec mal perforant au début. On sent battre les pédieuses.

Du 28 avril au 4 mai, hémoptysies ; dans le membre inférieur gauche apparaît le même symptôme qu'à droite.

4 mai : salicylate de soude à 5 p. 100. Quelques centimètres cubes en injection autour de l'articulation du coude.

Pas de troubles objectifs de la sensibilité, sauf la plante du pied droit qui semble moins bien percevoir les sensations tactiles que la gauche.

L'examen du système nerveux reste sensiblement le même qu'au 4 avril.

7 mai : injection épidurale de cocaïne.

8 mai : pas d'amélioration.

10 mai : les douleurs du flanc gauche augmentent ; le genou gauche se prend à son tour.

1^{er} juin : les pédieuses battent faiblement.

27 juin : réactions électriques de dégénérescence pour le membre inférieur gauche.

1^{er} juillet : sommets des poumons : B3.

9 juillet (T. A. = 12).

11 juillet : poids, 54 kilos 300.

1^{er} août : début de fièvre hectique à grandes oscillations.

5 août : T.A. = 9 ou 10.

6 août : bacilles de Koch dans les crachats.

11 août : Le malade ne peut plus se lever.

28 août : diarrhée qui persiste jusqu'à la mort.

11 septembre : poumons : à droite, souffle amphorique à la partie moyenne du poumon.

Râles très humides des deux côtés.

Au niveau du sternum : gomme tuberculeuse.

Le malade meurt le 30 octobre 1908 ; il succombe à la tuberculose.

Les phénomènes signalés ont persisté jusqu'à la fin, et le tableau clinique est resté sensiblement le même.

Autopsie le 31 octobre 1908.

Abcès froid du sternum.

Poumons : nombreuses adhérences bilatérales au niveau des deux sommets ; la plèvre forme une véritable coque épaisse aux poumons creusés de grosses cavités. Le processus tuberculeux s'étend jusque vers la base.

Cœur : petit, sain.

Cerveau : normal.

Foie : gros, congestionné ; deux ou trois petits tubercules sous-glissonniens.

Surrénales : normales.

Reins : un tubercule intra-parenchymateux, à droite.

Rate : 330 grammes, bouillie chocolat.

Cette observation est intéressante à de nombreux points de vue.

D'abord, au point de vue paludéen, c'est un cas d'invasion extrêmement grave, avec néphrite et anasarque, et, en outre, la constatation, chez ce malade, qui n'a été infecté qu'une fois, de la même forme d'hématozoaire dans chacune de ses rechutes est la preuve de la pluralité des germes dans la malaria.

Au point de vue de la tuberculose pure, elle a revêtu une gravité spéciale, ayant évolué en un an, sous la forme broncho-pneumonique caverneuse, et accompagnée de phénomènes de névrite radicalaire.

Enfin, et surtout au point de vue des rapports de la tuberculose et du paludisme ; la tuberculose est nettement consécutive au paludisme : on a vu le malade au début et il n'était pas tuberculeux.

Le malade a contracté la tuberculose à l'hôpital, à la suite de son paludisme ; on a vu éclore et évoluer cette bacilliose, qui, une fois déclarée, s'est aggravée à chaque atteinte de paludisme et a emporté le malade en un an.

CHAPITRE III

Il n'y a donc pas d'antagonisme entre la tuberculose et le paludisme.

Un tuberculeux peut s'impaluder (obs. I et II) et un paludéen peut devenir tuberculeux (obs. III et suivante) : les deux infections peuvent entremêler leurs manifestations et s'influencer l'une l'autre, en s'aggravant réciproquement.

Mais nous irons plus loin. Nous pensons que la tuberculose est une des complications les plus graves et les plus fréquentes de la malaria, vraisemblablement favorisée par la grosse anémie palustre.

Qu'il faille incriminer cette anémie ou toute autre cause, tout paludéen est exposé :

S'il est tuberculeux en évolution à voir sa bacillose s'aggraver et accélérer sa marche.

S'il est tuberculeux latent ou ancien tuberculeux, à voir réveiller sa bacillose.

S'il n'est pas tuberculeux à le devenir à plus ou moins brève échéance.

La tuberculose ne s'installe pas nécessairement après les premiers accès de paludisme, mais à la deuxième ou troisième atteinte, l'organisme s'affaiblissant davantage à chaque poussée paludéenne.

Dans notre observation n° X, où il s'agit d'un paludisme d'invasion très grave, ce n'est qu'à la suite de la deuxième atteinte que le malade devient bacillaire.

De même dans la huitième observation, il s'agit d'une femme qui entre une première fois à l'hôpital bien qu'impaludée plusieurs fois depuis trois ans, elle n'a pu se débarrasser de sa dernière atteinte : à ce moment : cliniquement pas de tuberculose : elle est revue l'année suivante, et cette fois, elle est bacillaire.

Les observations IV, V, VII sont analogues. Chez tous nos malades, que nous ayons ou non assisté à l'éclosion de leur tuberculose, nous voyons celle-ci s'aggraver à chaque poussée de paludisme, à ce moment, ils se remettent à tousser et à décliner rapidement.

Dès lors, il s'agit d'une association de paludisme et de tuberculose : et c'est elle que nous allons étudier.

C'est généralement l'élévation de la température qui attire l'attention sur les poumons.

Un malade a présenté quelque temps auparavant des accès de paludisme. Depuis, il traîne et ne se remet pas. L'appétit est nul, les forces font défaut, le sommeil est rare ; l'amaigrissement est considérable, le teint pâle ou terreux, la formule leucocytaire montre une anémie intense. Mais la température reste normale, ou même il y a un peu d'hyperthermie : c'est là le tableau esquissé de la cachexie palustre ; avec un traitement général approprié, on réconfortera peu à peu le malade ; à ce moment, il n'y a pas de raison spéciale qui assombrisse le pronostic.

Si, au contraire, lorsque les accès de fièvre ont disparu et l'on ne peut plus les mettre en cause sous forme

d'accès larvés, on voit, même après quelques jours de température normale, le thermomètre monter le soir : 37°5, 38° ou 38°5, on doit se méfier et examiner attentivement les poumons. Peut-être l'examen clinique ne révélera-t-il qu'un peu de congestion du sommet, peut-être même à cette période précoce, l'auscultation et la percussion seront-elles absolument négatives. Mais déjà à cette période on pourra suspecter la bacilliose, devant cette fièvre qui n'est pas influencée par la quinine persiste quelque temps, bien qu'améliorée par le repos ; on assistera très probablement à l'installation de quelques symptômes, qui ne laisseront bientôt plus de doute, des craquements secs apparaîtront aux sommets, avec un peu de submatité et d'exagération des vibrations ; les épreuves de la cutiréaction et de l'intradorméo-réaction pourront apporter encore un élément de diagnostic précoce.

Ce fut là le cas de Ouad-Adda, qui fait le sujet de notre observation n° X. Il semble bien que chez lui nous ayons assisté à l'éclosion de la tuberculose et qu'il ne s'agisse pas d'une forme torpide réveillée par le paludisme ; en effet, à son paludisme d'invasion, qui fut particulièrement grave, avait succédé une période d'apyrexie complète durant laquelle le malade recouvrait peu à peu ses forces (fig. 5). A ce moment, comme à son entrée, un examen soigneux des poumons n'avait donné que des résultats absolument négatifs. Au contraire, après sa seconde attaque de malaria, Ouad-Adda présenta tous les soirs une élévation légère de la température : et cette fois apparurent des signes cliniques de tuberculose pulmonaire (courbe n° VI). Il en fut de même dans les attaques de paludisme qui survinrent (courbe VII) : mais à ce mo-

ment le malade appartenait à la catégorie des tuberculeux latents ou des anciens tuberculeux et sa bacillose fut dès lors réveillée et aggravée.

Il en est de même, dans le cas de Mariojouis J. qui fait le sujet de notre observation n° VII. Ce malade vint trois fois à l'hôpital de Mustapha. Il y entra pour la première fois en 1907 : il venait de s'impaluder pour la première fois. Au bout d'un mois et demi il quitta le service complètement remis et sans avoir présenté, durant les dix-huit jours où on put l'observer après la cessation de ses accès, la moindre élévation vespérale (fig. n° 3).

Rentré de nouveau deux mois après à l'hôpital parce que la fièvre paludéenne le reprit, il ne présenta pas, cette fois non plus d'hyperthermie en dehors de son paludisme. Pendant ces deux séjours à l'hôpital, les poumons se présentèrent absolument normaux.

Deux ans après, nouveau séjour à Mustapha ; cette fois encore ce sont les fièvres qui l'ont saisi et depuis près d'un mois, il a des accès quotidiens. Il se sent beaucoup plus affaibli que dans ses deux premières atteintes. Mais cette fois on est surpris, après avoir débarrassé le malade de son paludisme, de voir tous les soirs la température monter (fig. 4). Une auscultation soigneuse des poumons y révèle le début d'un processus tuberculeux et la radioscopie confirme les données de la clinique.

Dans ce cas aussi nous assistons à l'éclosion de la bacillose chez un paludéen ; bacillose qui semble nettement avoir son origine dans le dernier accès ; en même temps qu'il présente cette élévation le soir, le malade, qui ne retrouve plus ses forces, commence à tousser, à transpirer la nuit, phénomènes qu'il n'avait pas présentés à la suite des accès précédents.

En fait, les observations de ce genre sont très rares. Dans les cas où le paludisme et la tuberculose entremêlent suffisamment leurs effets pour constituer un symptôme un peu spécial, il s'agit le plus souvent de tuberculeux latents ou en évolution et dont la bacillose est réveillée et aggravée à chaque infection.

De cette association résulte un ensemble symptomatique caractérisé par les signes habituels de la tuberculose pulmonaire : fièvre, toux, expectoration avec bacilles de Koch, signes physiques thoraciques auxquels s'ajoute une grosse anémie, de la splénomégalie et la présence d'hématozoaires dans le sang.

Au point de vue de la courbe thermique, il est parfois difficile de faire la part de ce qui revient à la tuberculose et de ce qui revient au paludisme. Néanmoins, dans certains cas, de grands accès de fièvre intermittente paludéenne tranchent nettement sur la fièvre tuberculeuse continue (obs. n° X). Dans d'autres cas, au contraire, il s'agit d'accès larvés avec une température ne dépassant pas les élévations thermiques de la tuberculose ; mais souvent ces accès s'accompagnent de malaises spéciaux et apparaissent à n'importe quel moment du jour ou de la nuit. La fièvre bacillaire apparaît le soir, il y a rémission matinale. Les malades ne s'aperçoivent pas qu'ils ont de la température. D'une façon générale, il ne semble pas que la tuberculose revête un caractère clinique particulier chez le paludéen. Elle évolue chez lui suivant une des modalités multiples qui lui sont habituelles. Cependant, la forme ulcéreuse rapide semble la plus fréquente.

De plus, la bacillose revêt un caractère de gravité particulier chez les impaludés, car chaque poussée nouvelle

de malaria est pour elle un coup de fouet ; ce sont des tuberculeux qui toussent surtout l'été, car c'est le moment où le paludisme sévit. Aussi, dans ces formes associées, le pronostic est-il généralement grave ? Il sera d'autant plus redoutable que l'on aura méconnu le paludisme. Il n'est pas douteux, en effet, que l'évolution favorable est conditionnée dans ces cas pour une large part dans une thérapeutique prolongée et méthodique du paludisme. Dans ces cas, au traitement général de la tuberculose, on ajoutera d'une façon discontinue la médication quinique à doses fractionnées. Même dans les cas où seule la tuberculose doit être incriminée comme agent fébricitant, la quinine semble avoir chez les paludéens bacillaires une action tonique manifeste, car bien qu'elle n'influence pas la fièvre hectique, les malades se sentent améliorés par son usage et souvent en demandent même l'administration.

CONCLUSIONS

I. — Il n'existe pas d'antagonisme entre le paludisme et la tuberculose. L'observation montre que fréquemment d'anciens tuberculeux deviennent paludéens, et inversement on trouve très souvent en pays palustre le paludisme dans les antécédents des tuberculeux.

II. — Non seulement ces deux affections ne se confèrent pas d'immunité réciproque, mais le paludisme vraisemblablement par la grande anémie qu'il provoque prédispose singulièrement l'organisme à contracter la tuberculose qui devient ainsi une de ses complications les plus redoutables.

III. — Chez les anciens bacillaires à tuberculose torpide, le paludisme réveille des poussées nouvelles. Chez les tuberculeux en évolution il est un facteur d'aggravation.

IV. — Chez un même individu les deux affections peuvent constituer une association et évoluer simultanément entremêlant leurs symptômes.

Chez ces malades dans les intervalles qui séparent les atteintes de paludisme, on ne trouve pas comme chez les

non-tuberculeux une période d'apyrexie complète, on constate toujours un peu de température le soir. Cette légère hyperthermie vespérale qui ne cède pas à la quinine doit donner l'éveil, elle est généralement un symptôme précoce de tuberculose déterminée ou réveillée par le paludisme, parfois cliniquement ignoré.

Vu :

Le Président de la Thèse,
FABRE.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 20 mai 1910.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BOUDIN. — *Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1846.
- MASSE. — Recueil de mém. de médecine militaire, 1868.
- L. LAVERAN. — Article Antagonisme du dictionnaire encyclop. des dc. Med.
- T. CRUDELI. — *Rivissa di Bologna*, 1873.
- MARCHIAFAVA et FERARESI. — Académie de médecine de Rome, 1881.
- DE BRUN, BOUSSATIÈS. — Congrès pour la tuberculose, 1888.
- G. SÉE. — De la phtisie bacillaire des poumons.
- A. MARTIN. — Thèse de Lyon, 1891.
- KOHOS. — Contribution à la tuberculose d'origine paludéenne, Congrès de 1892.
- CRISPIN. — Paludisme et tuberculose, Congrès de Paris, 1905.
- GILLOT. — Progression de la tuberculose en Algérie, Congrès de Paris, 1905.
- E. HADJI. — Rapport de l'impaludisme avec les maladies inter. (*Médecine mod.*, juin 1900).
- MORAD. — Le poste de Nam-Dhiu (Paris, 1887).
- LAVERAN. — Traité du paludisme.
- LEMAIRE et DUMOLARD. — In malaria, 1908.

